



全国医師ユニオン入会申込書

フリガナ		生年月日（西暦）
氏名		年 月 日
フリガナ		TEL
住所	〒 _____	FAX
		携帯
		PC-mail
主要勤務先		役職名
フリガナ		TEL
勤務先住所		FAX
		mail

- 郵便物の送付先 ①自宅 ②勤務先 （どちらかに○をつけてください。）
- 電話連絡する場合（希望する連絡先を優先順に書いてください。1つでも結構です。）
①携帯 ②自宅 ③勤務先 （ ）
- 現在のお考え（以下の中から、1つ選んで○をつけてください。）
① 名前を出して地域の世話人になってもよい。
② 自分の勤務する医療機関内であれば、名前を知られてもよい。
③ 入会したことは誰にも知られたくない。
※ ③の場合は、郵送物は、代表の個人名で送付いたします。

私は、全国医師ユニオンへの入会を申し込みます。

年 月 日

氏名

印

会費(2万円、1年目研修医は5千円)について、以下の中からお選びください。

① 口座引落

（後日、自動払込申込書(3枚綴り)を送付させていただきます。）

② 自分で振り込む

◆三菱東京UFJ銀行 秋葉原駅前支店 普通口座 0011982

口座名義 全国医師ユニオン代表植山直人

◆ゆうちょ銀行 口座記号番号 001302-300133

口座名義 全国医師ユニオン

③ カード決済:ユニオンHPから手続き願います。



－日本の医療を守るために－

全国医師ユニオン